



File No:

Date: / /

Date: ... / ... /

File Number: ١٥٥٣٣٧٨

Patient Name: Yara Tarboush

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 14 / 1 / 1985 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality (الجنسية): Syrian

.....

Address (العنوان): Shaxjaha

Phone No. (رقم الهاتف): 0547273666

E-MAIL:

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
المرض الطبي Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ، لويميا (فقر الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء ، أي أمراض كبدية أخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الحلا البسيط	لا	



Medical Consent Form

I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition which has been explained to me by the qualified physician

I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.

I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.

I authorize my treating doctor to perform any procedures which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment.

I understand that there are also risks and hazards to the performance of the diagnostic and/or surgical procedures. I realize that common surgical or diagnostic procedures are potential for an infection, swelling, bleeding, pain or allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.

I consent that all medical history and information I provided in my medical file is true and I understand that any information I provide regarding my medical status will be kept confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that this form has been fully explained to me and that I have read it and I understand its' content and I sign it with all my will.

I am fully aware that any payments is NON refundable

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... /

نموذج القرار الطبي

أوافق و أسمح للطبيب بمعالجة حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤلف.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية.

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فتحتي للملف الصحية و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا القرار و أن هذا النموذج قد تم شرحها لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي.

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: 2012 / 11 / 09

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نمط الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، أحوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Public Data Verification report

File	Valid Signature?
Non-Modifiable Data (SF3)	False
Modifiable Data (SF5)	False
Holder Signature Image (SF7)	False
Photography	False
Home Address	False
Work Address	False

Card Holder Information

Name	Yara, Yousef, Tarboush	IDN:	784198562465108	Mother Name:	
Name (Ar)	يارا يوسف, طارقوش	Card Number:	084773015	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	06/08/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	15
Expiry Date:	02/08/2020	Date of Birth:	14/01/1985	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	03	Residency Number:	20120103088953	Residency Expiry:	02/08/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

11/9/2019



precisely Kindly Answer the following questions *يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟	<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار <input checked="" type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدرية؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريونين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydrocquinon on Site? Yes/ No هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No هل قمت بتف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Do/ Did you use any tanning products? Yes / No هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No هل لديك اي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No What products you are using for your skin recently?	<input checked="" type="checkbox"/> لا
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No هل أجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
Have you done any permanent make up? Yes / No هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا

I hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Sharjah to remove unwanted hair by laser. I understand that laser produces a beam of light that generates an energy of a certain wavelength which is absorbed in the pigments of hair follicles to impair its' ability to grow hair. I understand that the results of the treatment varies from one person to another by the variation of medical history and the skin type, hair type , patients commitment to precautions before and after sessions and the variation of individual responses to treatment. and I consent that I know all alternative hair removal methods and I choose removing my unwanted hair by laser. I consent that I got the following precautions:
-It's not allowed to get tanned or use tanning solutions for 4-6 weeks before and after treatment.
- Waxing and Plucking must be avoided at least 6 weeks prior to sessions.
- Tattoos and permanent make up on treatment site will be affected by laser.
- Full Medical History must be given including previous treatments, allergies and skin type.
- people who took akutan during the last 6 months or any drugs that inhibits patients from sun exposure can not remove their hair by laser. I understand that i might see some change from first session, nevertheless the treatment will take many sessions to get the result.
Side Effect
side effects may include burning like redness, and it's possible to see some swelling or cracks, these side effects will fade away few hours to few days after treatment. hypo/hyperpigmentation is not common and it rarely last, it's advisable to avoid sun exposure, and to use sun protections.
I consent that I had the chance to enquire and ask any questions I have to the therapist and I have read and understood the content of this form (or it was read to me) and I am more than 18 years old or I have the approval of my sponsor.

Name and Signature

Yana

Date

9/11/2019

أنا بالاطمئنان

تُوركيدي الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.

أفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلة الشعر لتعطل قدرتها على انماء الشعر.

أفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع عمر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص

لاج، و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالشمع و التفت و الكريمات و إزالة شعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

يأتي قد تلقيت التعليمات التالية:

: يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج. يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.

لوشوم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة

لأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من

لتعرض الشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أفهم أنه برغم التغيير الذي قد أظهه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات

وصول على النتيجة المطلوبة.

بمراض الجانبية

تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق، و من الممكن حدوث بعض التورم و

تقشرات، و هذه الأعراض الجانبية ستلاشى خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج، تقص

زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها، و ينصح بعدم التعرض لأشعة

شمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

إنه قد أتحدث لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أني قد قرأت و

ت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي، و إنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت

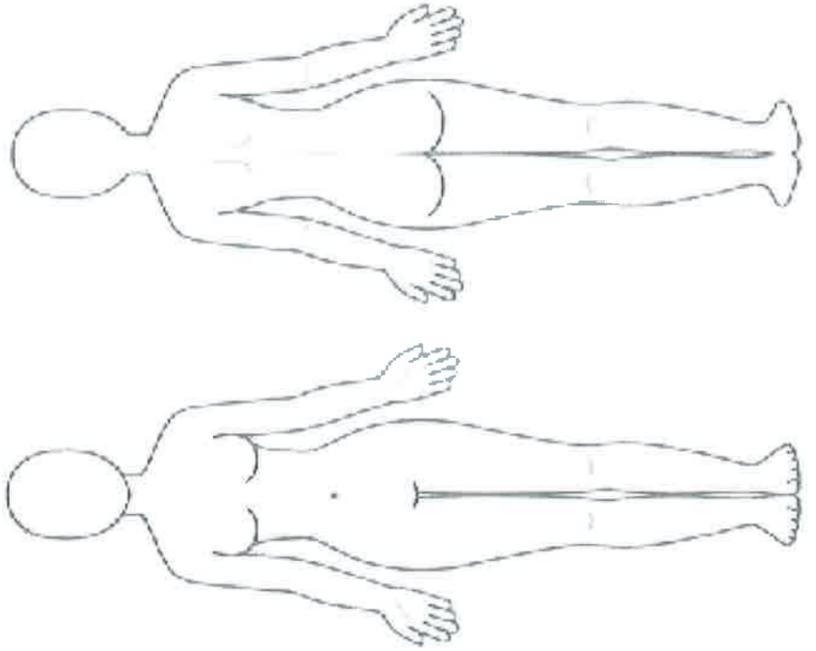
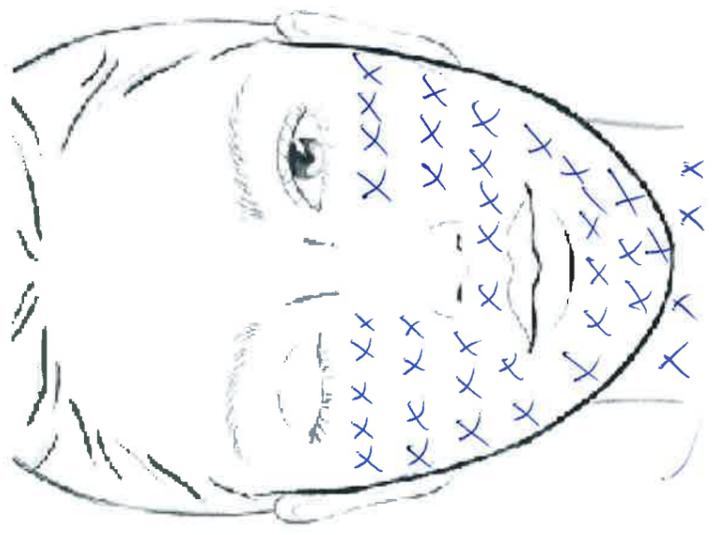
ب موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغني السن القانوني.

سم و التوقيع

رَبْع

..... / /

Patient's Name: Yara Tabouh اسم المريض:
 File Number: 1003278 رقم الملف:
 Pain Relief given? Yes / No Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	9/11/19.	16/12/19.	18/1/20	24/3/20	27/5/20.	
Treatment Area	face.	Same.	Same	Same.	Same.	
Hair Type	thin.	thin.	thin			
Mode	Yag.					
Fluence	18J/10ms.	NDYAG:16.	NO YAG 20.	NDYAG:20	NDYAG:20.	
Pulse Type	S-S-16.	20J/10ms.	18J/15ms.	18J/14ms.	18J/14ms.	
CNT Pulse						
Passes	1					
Starting Time	4:30pm.	1:45 pm	7pm	5:30pm	5:30pm	
Finish Time	5pm.	HIRUDOID.				
Post Treatment	Hydrudoid.		Hydrudoid	HIRUDOID -	HIRUDOID -	

Therapist Name and Signature

(Handwritten signature)



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005912)

Date:09-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003278 - YARA tarboush - 971547273666

The sum of Dhs. Four Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 472.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 09-11-2019

Being 3 sessions full face+ vat

Made by Reem

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1003278 - YARA tarboush - 971547273666

**Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae**